



MARTA CZECHOWSKA-BIELUGA*

PRACOWNICY SOCJALNI O STOSUNKU SPOŁECZEŃSTWA DO OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE ORAZ MOŻLIWOŚCIACH ICH INTEGRACJI

ABSTRAKT

Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie jest jedną z głównych barier utrudniających ich leczenie i wsparcie. Może prowadzić do odrzucenia takich osób, ich dyskryminacji i wykluczenia społecznego. Staje się to szczególnie istotne, gdy chorujący psychicznie są klientami pomocy społecznej i spotykają się z taką postawą wśród pracowników socjalnych. W literaturze przedmiotu opisywane są postawy stygmatyzujące wobec osób chorujących psychicznie. Z dotychczasowych analiz wynika, że negatywne podejście można spotkać nawet wśród osób profesjonalnie pomagających, które w trakcie studiów zdobywały wiedzę na temat zaburzeń psychicznych i ich leczenia. Postawa stygmatyzująca wobec osób z takimi zaburzeniami wpływa niekorzystnie na jakość wsparcia oraz powoduje samostygmatyzację.

Celem tego opracowania jest omówienie opinii pracowników socjalnych na temat dominujących postaw społecznych wobec osób chorujących psychicznie oraz możliwości ich integracji w społeczeństwie. Autorka sygnalizuje także wyzwania stojące przed edukacją do pracy socjalnej w środowisku zdrowia psychicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: edukacja, praca socjalna, stygmatyzacja, choroba psychiczna

* Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katedra Pedagogiki Społecznej; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3560-2629>

WPROWADZENIE

Funkcjonowanie we współczesnym świecie niesie ze sobą o wiele większe ryzyko doświadczania różnorodnych trudności niż w czasach przed transformacją społeczno-ustrojową czy przed pandemią COVID-19. Zmieniające się warunki (związane m.in. z postępem technicznym) i wzrastające tempo zmian, a także wysokie wymagania płynące ze środowiska społeczno-zawodowego stanowią główne predyktory dzisiejszej jakości życia (Wasilewski, Stachelek, 2020). W szczególnej sytuacji znajdują się osoby długotrwale nieradzące sobie z trudnościami oraz specjaliści zajmujący się świadczeniem im profesjonalnej pomocy. Wśród nich istotną rolę pełnią pracownicy socjalni, którzy towarzyszą jednostkom, grupom i społecznościom w poprawie ich sytuacji.

Specyficzną grupę klientów pomocy społecznej stanowią osoby chorujące psychicznie (Czechowska-Bieluga, 2021). Analiza historyczna procesu rozwoju pracy socjalnej pokazuje, że zaangażowanie jej przedstawicieli w poprawę zdrowia psychicznego rozpoczęło się już na wczesnych jego etapach. Praca socjalna z pacjentem psychiatrycznym została wówczas uznana za prestiżowy obszar praktyki w ramach zawodu. Obecnie pracownicy socjalni muszą dostosować się do dynamicznych zmian, które zachodzą od czasu deinstytucjonalizacji, i konieczności zapewnienia opieki środowiskowej osobom chorującym psychicznie (Aviram, 2002). Wciąż jednak wyzwaniem dla pracowników socjalnych pracujących w zakresie zdrowia psychicznego, a także studentów kandydujących do tego zawodu jest utrzymywanie się piętna wśród osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (Mason, Miller, 2006).

Osoby chorujące psychicznie, będące klientami pomocy społecznej, muszą nie tylko radzić sobie z własną sytuacją zdrowotną, przystosowywać się do dostępnego systemu pomocy, lecz także mierzyć się z różnymi reakcjami otoczenia. Proces zdrowienia w chorobach psychicznych obejmuje osobistą przemianę, ale i przeciwstawienie się stygmatowi. Znacząca część społeczeństwa demonstrowa stygmatyzujące opinie i dyskryminujące zachowania w stosunku do chorujących psychicznie, co utrudnia im powrót do zdrowia oraz reintegrację społeczną (Corrigan, Rüsch, 2002). Najbliższe otoczenie osoby chorującej psychicznie zdominowane jest przez personel medyczny, pracowników pomocy społecznej lub innych chorujących psychicznie. Istotną rolę w sposobie jej psychospołecznego funkcjonowania

odgrywają również leki psychotropowe (Podgórska-Jachnik, Pietras, 2014). Wymienione czynniki mają pomagać choremu w zdrowieniu, ale mogą być również źródłem dodatkowego cierpienia, utrudniać powrót do zdrowia poprzez swój stygmatyzujący charakter. Osoby chore psychicznie, mimo osiągniętej poprawy objawów i funkcjonowania, pozostają często poza głównym nurtem życia społecznego, są wykluczone społecznie (Tyszkowska, Podogrodzka, 2013).

Wyniki dotychczasowych badań prowadzonych wśród pracowników socjalnych wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi znajdują się w szczególnej sytuacji. Z jednej strony już samo korzystanie z pomocy społecznej może być stygmatyzujące, gdyż w powszechnej świadomości oferta tej instytucji kierowana jest do osób o niskim statusie społecznym, obarczonych wielorakimi problemami (Dąbrowska, Wieczorek, 2021; Czechowska-Bieluga, 2021). Z drugiej strony fakt choroby sprawia, że są one często negatywnie postrzegane przez społeczeństwo, czego konsekwencją może być ich stygmatyzacja. Proces ten polega na poznawczym naznaczaniu jednostki z uwagi na posiadanie negatywnej, dyskredytującej ją cechy, przesądzającej o sposobie traktowania jej w społeczeństwie. Stygmatyzacja przejawia się dewaluacją jednostek z powodu jakiejś cechy, zachowania, przynależności społecznej i skutkuje oporem społeczeństwa, by w pełni je zaakceptować (Crocker, Major, Steele, 1998). Stygmatyzacja to również postawa społecznej (uogólnionej) dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę cechy psychiczne, fizyczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty (Jackowska, 2009). Link i Phelan (2001), badając proces i konsekwencje stygmatyzacji, zwrócili uwagę na takie jej cechy jak: etykietowanie, postrzeganie przez pryzmat stereotypów, budowanie dystansu społecznego, utrata statusu społecznego i dyskryminacja.

Negatywne skutki stygmatyzacji chorujących psychicznie są dobrze udokumentowane (Thornicroft, Rose, Mehta, 2010; Sartorius i in., 2010). Prowadzi ona do odrzucenia jednostki, jej dyskryminacji i wyłączenia z funkcjonowania w różnych dziedzinach życia społecznego. Stygmatyzacja chorujących psychicznie nazywana jest też główną barierą w leczeniu oraz powrocie do zdrowia. Doświadczanie stygmatyzacji jest zatem niezwykle bolesne i znacznie utrudnia osobom chorującym powrót do zdrowia i sprawnego, codziennego funkcjonowania (Baumeister, Leary, 1995; Insel, Charney, 2003).

Chory, stając się obiektem stygmatyzacji społecznej, podziela opinie ogółu i ulega autostygmatyzacji (Tyszkowska, Podogrodzka, 2013). Auto-stygmatyzacja (ang. *self-stigma*), nazywana w piśmiennictwie „drugą chorobą”, skutkuje obniżoną samooceną i jest główną przeszkodą w pełnieniu ról społecznych, w pracy oraz w życiu osobistym (Podogrodzka-Niell, Tyszkowska, 2014). Samonaznaczenie, jako konsekwencja stygmatyzacji, może przejawiać się w oporze utrudniającym poszukiwanie profesjonalnej pomocy. Wstyd i strach przed stygmatyzacją ze strony innych często stanowią barierę w podejmowaniu leczenia (Evans, Delfabbro, 2005). Z kolei działania minimalizujące samostygmatyzację obejmują wysiłki zmierzające do zmiany własnych przekonań o sobie oraz do rozwinięcia umiejętności radzenia sobie z samostygmatyzacją, m.in. przez budowanie poczucia własnej wartości (Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee, Corrigan, 2012).

ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE BADAŃ WŁASNYCH

Celem badań było poznanie opinii pracowników socjalnych o tym, co otoczenie społeczne myśli o osobach chorujących psychicznie, oraz możliwościach ich integracji w społeczeństwie.

Badanie to diagnozuje, jakie opinie mają pracownicy socjalni o stosunku otoczenia społecznego do osób chorujących psychicznie oraz jakie opinie mają pracownicy socjalni na temat efektywności form wsparcia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Zastosowano kwestionariusz wywiadu do badania stosunku otoczenia społecznego do osób chorujących psychicznie w oparciu o doświadczenia z pracy. Pytania metryczkowe obejmowały wiek, płeć, miejsce pochodzenia i zamieszkania, stan cywilny oraz staż pracy. W badaniu uczestniczyło 16 kobiet, w tym 31,2% pochodziło ze średniej wielkości miasta, 12,5% z małego miasta, a 56,3% ze wsi. Badane różniły się poziomem wykształcenia, wiekiem i stażem pracy. Najkrótszy staż wynosił trzy lata, a najdłuższy – 40 lat. Najmłodsza badana miała 30 lat, a najstarsza 62. Wszystkie badane były zatrudnione w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej ukierunkowanych na pomoc osobom chorującym psychicznie. Do grupy postanowiono zakwalifikować pracowników, którzy przynajmniej przez rok pracowali z osobami chorującymi psychicznie (Winkler, Salamaga, 2010).

W badaniu znalazła zastosowanie procedura doboru celowego pozwalająca na zdobycie wyczerpujących informacji z punktu widzenia celu badań.

Zastosowano dobór celowy zgodnie ze strategią przypadków typowych (Flick, 2010). Na etapie planowania badań zostało ustalone wstępne kryterium doboru celowego próby. Uszczegółowiono je po pierwszych poszukiwaniach pracowników socjalnych, którzy spełnialiby warunek minimum rocznego doświadczenia w pracy z osobami chorującymi psychicznie i wyraziliby zgodę na udział w badaniu. Podstawowymi kryteriami przy doborze uczestników badań było doświadczenie w pracy z osobami chorującymi psychicznie i zatrudnienie w JOPS na stanowisku pracownika socjalnego. Nie określono precyzyjnie z góry zasad doboru próby badawczej według zewnętrznych, społeczno-strukturalnych cech, „przy czym decyzje o zakresie doboru próby i sposobie zestawiania materiału badawczego zapadły dopiero w trakcie procesu zbierania danych i ich opracowywania [...]” (Krueger, 2001, s. 84).

W pierwszej połowie 2021 r. przeprowadzono 16 częściowo ustrukturowanych wywiadów indywidualnych z pracownikami socjalnymi. Zastosowano kwestionariusz wywiadu zawierający pytania otwarte na temat stosunku społeczeństwa do osób chorujących psychicznie oraz możliwości ich integracji. Procedura badania polegała na zadaniu dwóch pytań otwartych nadających kierunek dalszej rozmowie, z których pierwsze przyjęło następującą postać: „Jaki jest stosunek społeczeństwa do osób chorujących psychicznie?”. W jego ramach zbierane były informacje dotyczące tego, co badany pracownik socjalny myśli o osobach chorujących psychicznie, jakie są jego opinie na temat stosunku najbliższych, rodziny, otoczenia sąsiedzkiego oraz społeczeństwa do chorujących psychicznie, co mówią o nich osoby ze środowiska społeczno-zawodowego pracowników socjalnych (jak ich postrzegają), a także co sądzą o zamieszkiwaniu w sąsiedztwie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz o posiadaniu takich osób wśród swoich znajomych lub przyjaciół.

Dzięki zastosowanemu narzędziu badawczemu analizom poddano również możliwości integracji społecznej osób chorujących psychicznie. Dociekano rozumienia, źródeł i sposobów, zarówno pożądaných, jak i realizowanych w praktyce, pomocy oraz wsparcia (w tym ich efektywności).

Podczas wywiadu, prowadzonego do celów diagnostycznych, pracownicy socjalni pod kierunkiem osoby prowadzącej badanie opisywali własną aktywność odniesioną do określonego czasu (staż zawodowy) oraz zawodowej sfery życia (Gerstmann, 1985). Taka forma wywiadu pozwoliła nawiązać relację z osobą badaną, jak również umożliwiła na bieżąco

dopasowywanie pytań diagnostycznych do aktywności rozmówcy (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Metoda zastosowana do analizy zebranych danych wyrasta z fenomenologii i hermeneutyki. Ma ona zatem charakter zarówno deskryptywny (dąży do opisu doświadczenia kontaktu z osobami chorującymi psychicznie i tego, jak te osoby były odbierane przez badanych), jak i interpretacyjny (oparty na założeniu, że poznanie fenomenu niezapośredniczonego przez interpretację nie jest możliwe) (Pietkiewicz, Smith, 2014; Smith, Osborn, 2004).

Do analizy materiału wykorzystano analizę tematyczną (Guest, MacQueen, Namey, 2012). Rozpoczęto ją od przeczytania wszystkich transkrypcji i wyłonienia kodów umożliwiających uporządkowanie materiału badawczego. Następnie dane zostały poddane jeszcze raz oglądowi, by zidentyfikować szersze kategorie tematyczne. Analiza była prowadzona przez dwóch niezależnych badaczy (socjologa – praktyka pracy socjalnej – oraz pedagoga – praktyka, psychoterapeuty), co w założeniu miało przyczynić się do uwzględnienia wszystkich kategorii tematycznych oraz uzgodnienia wspólnego rozumienia pojawiających się zagadnień. Wspólna matryca kodowa powstała dzięki dyskusji podczas klasyfikacji danych. Ostatni etap polegał na dokładnej analizie transkrypcji pod kątem dwóch kierunkowych kategorii tematycznych.

WYNIKI BADAŃ

Opinie pracowników socjalnych na temat stosunku otoczenia społecznego wobec osób chorujących psychicznie

Wyniki badań pozwoliły na wyróżnienie trzech głównych obszarów postrzegania przez pracowników socjalnych stosunku otoczenia do osób chorujących psychicznie. Pierwszą kategorię można określić jako negatywną, drugą jako neutralną, a ostatnią jako zróżnicowaną, podlegającą zmianie. Co warto podkreślić, nikt nie ocenił analizowanego stosunku jednoznacznie pozytywnie. Wyjątek stanowiły wypowiedzi zestawiające pozytywny sposób postrzegania społecznego osób z doświadczeniem choroby psychicznej z neutralnym, a nawet negatywnym. Badani pracownicy socjalni bardziej pozytywnie oceniali własny stosunek wobec osób chorujących w porównaniu z nastawieniem otoczenia społecznego. O ile badani

wyraźniej wskazywali na negatywne lub neutralne postrzeżenie społeczne osób chorujących psychicznie, o tyle ich własne opinie wydają się bardziej przychylne.

Najlichniesze wypowiedzi badanych pracowników socjalnych (ponad połowa) odnosily się do obaw pojawiających się w społeczeństwie, w tym wśród członków rodzin mających kontakt z osobami chorującymi psychicznie. Badani profesjonalisci w swoich narracjach dostrzegali poczucie niebezpieczeństwa, ryzyko zachowań agresywnych, ale też ośmieszanie osób z zaburzeniami psychicznymi.

„Ludzie boją się przebywać z ludźmi chorymi psychicznie, często ludzie ci postrzegani są jako niebezpieczni” [38, 15].

„W mojej ocenie osoby chore psychicznie są nadal odtrącane przez społeczeństwo. Często to sama rodzina ukrywa, że ma bliską osobę, która jest chora psychicznie. Wynika to z tego, że sami nie potrafią tego zaakceptować. Rodzina często nie widzi problemu, nie chce podejmować radykalnych kroków, bojąc się, że zrobi krzywdę choremu. Postrzeżenie tych osób oceniam jako negatywne, ludzie nie chcą takich osób wśród swoich znajomych” [30, 7].

„Ludzie niestety czują dużą obawę przed ludźmi chorymi psychicznie. W mojej pracy spotkałam różne typy ludzi chorych psychicznie. Czasem obawiamy się ich reakcji, zwłaszcza niespodziewanej agresji. Znam pana, który mówi do «osoby na swoim ramieniu» – często wywołuje to u innych śmiech i żarty, a u niego niekontrolowaną złość” [37, 9].

„Osoby chore psychicznie odbierane są najczęściej negatywnie, a wynika to z obaw otoczenia! Oczywiście są ciężkie przypadki, a agresja człowieka chorego powoduje paraliż zdrowych. Niejednokrotnie sama tego doświadczyłam i doskonale wiem, że takie osoby nie są mile widziane w gronie znajomych” [44, 20].

Szczególne miejsce w obrazie negatywnego stosunku otoczenia do osób chorujących psychicznie zajmuje rodzina. Jedna z badanych pracowników socjalnych naświetliła wątek braku akceptacji osoby chorej przez najbliższych.

Pojawiały się także odpersonalizowane odpowiedzi ukazujące wykluczenie społeczne chorujących psychicznie, bez wskazania konkretnych osób przejawiających takie zachowania. W refleksjach tych pojawiał się wątek

wyjaśniający opisywany stan lub zestawiający negatywne opinie społeczeństwa z przychylnym stosunkiem rodziny. Wypowiedzi badanych pracownic socjalnych nawiązywały do poczucia strachu, obojętności czy też dystansu wobec chorujących psychicznie. Wśród przyczyn ich wykluczenia społecznego badane upatrują niską świadomość dotyczącą choroby.

„Osoby psychicznie chore często są wykluczone z życia społecznego. Przyczyną może być niska świadomość społeczeństwa o chorobie bądź strach przed zagrożeniem ze strony osoby chorej psychicznie” [34, 5].

„W dalszym ciągu jest negatywny stosunek do osób chorych psychicznie. Zauważalna jest niechęć ze strony społeczeństwa. Ciągłe funkcjonuje wyobrażenie, że jeśli jest ktoś chory psychicznie, to jest «głupi» i należy go unikać. Jeżeli jest taka osoba w rodzinie, to rodzina ją wspiera. Jednak ludzie nie chcą mieć takiej osoby wśród znajomych czy przyjaciół” [50, 21].

„Rodzina stara się otoczyć osobę chorą opieką i wsparciem. Osoby obce unikają kontaktu. Chorzy są dla nich niewidoczni. Traktowani obojętnie lub z politowaniem. Często wzbudzają strach” [55, 30].

Co ważne, zdaniem badanych przychylny stosunek wobec osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest bliższy rodzinie niż niezidentyfikowanemu (niedookreślonym) członkowi otoczenia społecznego.

W porównaniu z opisanymi wcześniej negatywnymi przejawami stosunku otoczenia do osób chorujących psychicznie kategoria – określona jako neutralna – była reprezentowana jedynie przez jedną pracownicę socjalną. Żadna z respondentek nie sugerowała pozytywnego stosunku otoczenia do osób chorujących psychicznie, przy czym jedna, w sposób neutralny, określiła jedynie, że:

„Wymagają one stałej pomocy rodziny i środowiska. Pomoc poprawia sytuację, lecz nie zawsze chcą z niej skorzystać” [56, 30].

Badane pracownice socjalne dostrzegają ambiwalencję w opiniach otoczenia na temat osób chorujących psychicznie, zwłaszcza wśród członków ich rodzin. Jednakże pojawiły się również wypowiedzi sugerujące, że analizowany stosunek ulega zmianie. Badane identyfikują dobre intencje w otoczeniu osób żyjących w małych społecznościach, przypisując im role polegające na pomocy i wsparciu. Teza ta może stanowić potwierdzenie wcześniejszych wątków, pozwalających sądzić, że kierunek postrzegania

zależy od dzielącej jednostkę dystansu z osobami chorymi psychicznie. W jednej z poniższych wypowiedzi pojawiła się próba zrozumienia genezy choroby, a nie jak dotychczas dostrzegania głównie jej prawdopodobnych konsekwencji.

„Nadal panuje stereotyp, aby od takiej osoby trzymać się z daleka, ale zaczyna się to zmieniać. Społeczeństwo, to najbliższe, zaczyna inaczej ją spostrzegać. Deklaruje, że trzeba pomóc, choć takie zjawisko jest rzadkie, ale zdarza się” [41, 6].

„Są to osoby skrzywdzone przez los, które potrzebują odpowiedniego leczenia i wsparcia. Stosunek najbliższych i rodziny do osób chorych psychicznie jest różny, od wstydu i ukrywania ich, po normalne traktowanie i akceptację” [45, 25].

„Dla mnie osoby chore psychicznie zasługują na taki sam szacunek co ludzie zdrowi. Niestety bardzo często widzę, że osoby chore psychicznie są odseparowane od otoczenia, ponieważ przynoszą wstyd nawet własnym dzieciom, nie mówiąc już o współmałżonku. I tutaj następuje bardzo dziwne spostrzeżenie, ponieważ w swojej pracy mogę zauważyć, że sąsiedzi bardzo dobrze tolerują osoby z zaburzeniami. Starają się takim osobom oraz ich rodzinom pomagać na wszelkie sposoby. W małych miejscowościach, gdzie większość społeczeństwa to rolnicy, ich pomoc polega na dostarczaniu plonów z pola, ogrodu czy nabiątu od własnej krowy” [36, 7].

Społeczeństwo, w tym członkowie rodzin, w opinii respondentów może negatywnie postrzegać osoby z zaburzeniami psychicznymi, w przeciwieństwie do samych pracowników socjalnych, którzy deklarują neutralny lub pozytywny stosunek wobec analizowanej grupy ich klientów. Z takiego punktu widzenia problemy, których doświadcza osoba z zaburzeniami, są związane ze wstydem i nie są definiowane w kategoriach medycznych, a tożsame są bardziej z posiadaniem nieokreślonej, stałej cechy. Wydaje się także, że zdaniem badanych pracowników socjalnych leczenie psychiatryczne może być obciążone większą stygmatą w porównaniu z innymi formami leczenia.

„Ja mam pozytywny, lecz nie wszyscy ludzie mają taki stosunek. Nie każdy chce mieć takie osoby wśród znajomych. Niektórzy wręcz wstydzą się takich osób” [45, 3].

„W moim środowisku mogę mówić o wsparciu w rodzinie, natomiast ogólnie brak jest akceptacji dla ludzi chorych psychicznie. Są oni wykorzystywani przez otoczenie (zwłaszcza jeśli mają swoje świadczenie finansowe)” [62, 40].

„Osoby chore psychicznie są postrzegane przeze mnie naturalnie, ponieważ spotykam je w swojej pracy zawodowej, natomiast wiem, że moi znajomi mogą postrzegać takie osoby negatywnie” [31, 6].

„Niestety choroby psychiczne w naszym społeczeństwie są traktowane jak przysłowiowe «bycie wariatem». Tak często określa się chorego psychicznie: «zostaw, to wariat». Często przy objawach chorobowych taka osoba wstydi się iść do psychiatry, bo co powiedzą ludzie. Według mnie świadomość choroby psychicznej jest bardzo ważna i nie należy się wstydić, tylko szukać pomocy” [38, 10].

„Osoby chore psychicznie są postrzegane negatywnie. Ludzie nie chcą mieć wśród swoich znajomych osób chorych psychicznie. Najbliższa rodzina wstydi się takiego domownika. Moim zdaniem osoby chore psychicznie powinny być traktowane jak ludzie, a nie jak powód do wstydu” [31, 6].

Podsumowując, większość badanych profesjonalistów dostrzega elementy stygmatyzacji ich klientów oraz potrzebę jej osłabienia. Są przekonani, że zmiana rozumienia fenomenu kryzysów psychicznych w społeczeństwie pozwoliłaby na skuteczniejsze wsparcie osób ich doświadczających.

Opinie pracowników socjalnych na temat efektywności form wsparcia osób chorujących psychicznie

Kolejną analizowaną płaszczyzną było postrzeganie przez pracowników socjalnych możliwości integracji osób chorujących psychicznie. Na podstawie analizy danych dotyczących szans na włączanie społeczne wyodrębniono cztery wymiary, takie jak:

- pomoc specjalistyczna;
- zaistnienie wielu różnych czynników;
- wsparcie rodziny i środowiska;
- niewielkie możliwości pomocy.

Poszczególne wymiary zostaną dokładniej zilustrowane wypowiedziami osób badanych. W pierwszej z wyłonionych kategorii ukazane są szanse

na włączenie osób chorujących psychicznie możliwe dzięki specjalistycznej pomocy. Zdaniem badanych pracownic socjalnych jest to trudne zadanie, uzależnione od gotowości do korzystania z pomocy przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Tylko jedna z respondentek wskazała na konieczność powiązania trafnego rozpoznania i adekwatnego leczenia jako warunku sprzyjającego procesowi wsparcia. Nikt z badanych nie określił, jaką rolę mogliby odegrać pracownicy socjalni w procesie integracji społecznej osób chorujących psychicznie.

„Życie z osobą psychiczną jest bardzo trudne. Takiej osobie trudno jest pomóc. Jedynie specjalista jest w stanie to zrobić. Skuteczna pomoc to pomoc specjalisty, który wie, jak należy postępować z taką osobą” [45, 3].

„Takiej osobie mogliby pomagać asystenci w załatwieniu np. różnych spraw urzędowych czy w trudnościach dnia codziennego” [31, 6].

„Uważam, że taka osoba ma szansę na normalne życie, potrzebna jest jednak pomoc terapeutów, psychologów, psychiatrów [...] odpowiednia praca z takimi osobami” [38, 15].

„Pomóc takiej osobie może wykwalifikowany personel, osoby bliskie za bardzo się angażują, nie potrafią się zdystansować. Leczenie farmakologiczne plus terapia. Skuteczna pomoc równa się możliwość funkcjonowania w społeczeństwie w «normalny» sposób” [30, 7].

„Osoba chora powinna chcieć sobie pomóc, uświadomić sobie, że jest chora, wtedy pomocne będzie intensywne i długoterminowe leczenie psychologiczne i psychiatryczne” [41, 6].

„Trafna diagnoza i odpowiednie leczenie pozwala chorym prowadzić normalne życie [45, 25].

„Proces leczenia takiej osoby jest długoletni. Można środkami farmakologicznymi zminimalizować stany lękowe, depresyjne czy agresję, jednak nigdy nie ma pewności, że leczenie przyniesie oczekiwany rezultat. Osoba taka powinna być poddana stałej kontroli, obserwacji, powinna być objęta specjalistycznym leczeniem” [34, 5].

Wydaje się, że tym, co łączy cytowane refleksje, jest rozumienie choroby i postrzeżenie skutecznej pomocy jako złożonej z wielu komponentów. Badane pracownice socjalne podkreślają rolę systematycznego przyjmowania leków,

gotowość do uczestnictwa w różnych formach wsparcia przez osoby chorujące psychicznie oraz sprzyjanie im czy też umożliwianie kontaktu z osobami zdrowymi. Pomoc staje się w tych wypowiedziach częścią, złożonej z wielu elementów, narracji na temat opisywanej osoby. W prezentowanych odpowiedziach respondentek ujawnia się tendencja do medykalizacji pomocy chorującym psychicznie przy jednoczesnym niedocenianiu roli pracowników socjalnych.

„Bardzo ciężkie pytanie, ale myślę, że tak, że osoba chora psychicznie ma szansę na bycie normalnym człowiekiem. W dużej mierze oczywiście zależy to od stopnia upośledzenia, ale jeżeli jest to lekki poziom i rodzina dołoży wszelkich starań w pomoc, to czemu nie. Sam chory także musi uczestniczyć w terapiach oraz leczyć się farmakologicznie, co jest podstawą do uzyskania poprawy zdrowia” [36, 7].

„Niestety, najczęstszą przypadłością osób chorych psychicznie jest niechęć do przyjmowania leków. Osoby chore psychicznie powinny w swoim otoczeniu mieć najbliższą osobę, która przypilnuje, by ta regularnie przyjmowała leki. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia wymagana jest hospitalizacja. Osoby chore psychicznie powinny mieć zapewniony swój czas wolny, może przydatne okazałyby się warsztaty” [31, 6].

„Osoba chora psychicznie może «być zdrowa». Uwarunkowane jest to systematycznym leczeniem, co spowoduje wyciszenie choroby i jej objawów. Skuteczna pomoc osobie chorej polega na byciu przy tej osobie. Warto takie osoby angażować, nie wykluczać z życia społecznego, rozwijać ich zainteresowania” [38, 10].

„Systematyczne leczenie, przyjmowanie leków daje gwarancję powrotu do zdrowia. W poradniach zdrowia psychicznego powinny być działy nadzorujące systematyczność leczenia. W przypadku zaprzestania konieczna jest interwencja lub leczenie szpitalne. Problemem jest to, że osoby chore zaprzestają leczenia i następuje nawrót objawów. Gdy osoba chora nie ma rodziny lub rodzina nie ma wpływu na zachowanie, konieczna jest hospitalizacja lub umieszczenie w placówce. Obecnie, jeśli sąd wyda postanowienie o umieszczeniu w DPS bez zgody, to na pracowniku socjalnym ciąży umieszczenie jej tam. Policja zapewnia asystę, nie może jednak zastosować przymusu bezpośredniego. W takim wypadku mimo postanowienia sądu nie jest możliwe przewiezienie pacjenta do domu pomocy społecznej. To powinno ulec zmianie” [55, 30].

„Osoba chorująca psychicznie ma szansę integracji, jeśli będzie systematycznie przyjmować leki i chodzić na konsultacje lekarskie. Skuteczna pomoc to przede wszystkim wsparcie tej osoby, niepozostawianie jej samej. Osoba taka powinna być objęta pomocą środowiskowego domu samopomocy lub opiekunki środowiskowej, która dopilnuje przyjmowanych leków, a także pomoże w czynnościach dnia codziennego” [50, 21].

„Regularne branie leków, kontakt z innymi ludźmi, wsparcie psychiczne. Świadomość u takiej osoby, że nie jest sama i nie jest «dziwna», że ma wsparcie i zrozumienie” [37, 9].

Wspólnym mianownikiem przedstawionych refleksji jest wyrażana w nich opinia, że musi zaistnieć wiele różnych czynników (potrzebna jest specjalistyczna pomoc, w tym trafne rozpoznanie i adekwatne leczenie), aby osoby chorujące psychicznie miały szansę na włączenie społeczne. Badane pracownice socjalne dostrzegają liczne bariery utrudniające proces leczenia i wsparcia.

„Na pewno w wielu przypadkach można przywrócić taką osobę do społeczności poprzez leki farmakologiczne i stworzenie jej sieci wsparcia społecznego, w której mogłaby się aktywizować. W warunkach małych miasteczek i wsi jest to raczej nie do pokonania, bo nie ma społecznej akceptacji dla ludzi z zaburzeniami psychicznymi. Społeczeństwo najczęściej oczekuje odizolowania takiej osoby” [62, 40].

„Przy odpowiedniej farmakoterapii, jak i podejściu lekarzy, rodziny taka osoba ma duże szanse, aby w miarę normalnie funkcjonować. Wymaga to dużo czasu i poświęcenia od otoczenia. Niestety, z tego co się słyszy, w szpitalach osoby te faszrowane są lekami i pozostawione same sobie. Brakuje specjalistów w dziedzinie psychologii. Moim zdaniem psychiatrzy skupiają się tylko na medykamentach” [44, 20].

Można zauważyć minimalizowanie roli nie tylko pracowników socjalnych, lecz także rodziny oraz środowiska w procesie włączania społecznego osób chorujących psychicznie. Tylko jedna z badanych pracownic socjalnych podkreśliła rolę tych kręgów społecznych jako ważnych w procesie inkluzji.

„Wsparcie rodziny i środowiska – to poprawia sytuację” [56, 30].

Podsumowując, badane pracownice socjalne obawiają się osób chorujących i przejawiają wobec nich postawę dystansu (o różnym natężeniu). Ich zdaniem podobny, aczkolwiek nieco bardziej negatywny stosunek jest właściwy całemu społeczeństwu. Postawy społeczne nasycone są negatywnymi stereotypami w odniesieniu do chorych. Są oni charakteryzowani jako niebezpieczni, nieprzewidywalni, nieodpowiedzialni, a nawet śmieszni. Uzyskane rezultaty wskazują, że w opinii badanych stosunkowo często chorzy doświadczają przejawów społecznego wykluczenia, dystansu i odrzucenia, w tym częściej przez członków ich rodzin niż przez osoby z ich dalszego otoczenia społecznego. Koncentracja na specjalistycznej pomocy i niedostrzeżenie roli pracowników socjalnych pracujących na co dzień z osobami chorującymi psychicznie stanowi kolejny, ważny wątek prezentowanych analiz.

ZAKOŃCZENIE

Wszystkie kluczowe elementy procesu stygmatyzacji znalazły odzwierciedlenie w prezentowanych badaniach. Pojawiły się zatem zarówno etykietyzacja osób z doświadczeniem choroby psychicznej, przypisywanie im niepożądanych cech, jak i oddzielenie ich od pozostałych oraz doświadczenie utraty statusu i dyskryminacji (Jackowska, 2009, s. 656). Badania te pokazały, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są postrzegane w oparciu o negatywne stereotypy, jako predysponowane do utraty statusu społecznego, dyskryminowane oraz doświadczające negatywnych emocjonalnych reakcji ze strony innych.

Badanie nie wychwyciło jednoznacznie pozytywnych opinii ani pracowników socjalnych, ani społeczeństwa na temat osób z zaburzeniami psychicznymi. Wydaje się jednak, że przychylny stosunek bliższy był osobom z bliskiego otoczenia społecznego oraz pracownikom socjalnym zatrudnionym w instytucjach wspierających osoby chore. Potwierdziła się zatem teza, że przyjazne opinie są charakterystyczne głównie dla osób – zgodnie z terminologią Goffmana (1963) – „zorientowanych”, czyli takich, które miały bezpośredni kontakt z zaburzeniami psychicznymi. Według Goffmana osoby te mają zwykle bardziej przyjazny stosunek wobec chorujących psychicznie, są zaznajomione ze szczegółami życia osób stygmatyzowanych i są wobec nich przychylnie nastawione. Teza ta nie znalazła jednoznacznego poparcia w narracjach na temat opinii członków rodzin, którym, zdaniem badanych pracowników socjalnych, najczęściej towarzyszy wstyd.

Badanie wykazało, że w opinii pracownic socjalnych osoby chorujące psychicznie są najczęściej negatywnie postrzegane przez społeczeństwo i musi zaistnieć wiele różnorodnych czynników, by rozpoczął się proces ich integracji. Respondentki wskazały na ogromną rolę specjalistów i samych osób chorujących psychicznie w poprawie ich jakości życia, minimalizując wpływ rodziny i nie dostrzegając możliwości pracowników socjalnych. Wydawać by się mogło, że wyniki te wskazują na potrzebę edukowania społeczeństwa, czym są zaburzenia psychiczne, co może się w konsekwencji przyczynić do zmniejszenia stygmatyzacji i ułatwić zainteresowanym osobom podjęcie leczenia. Jednakże wyposażenie pracowników socjalnych w wiedzę dotyczącą nazw objawów, jednostek chorobowych i przyczyn leżących u podłoża chorób psychicznych jest niewystarczające (czy wręcz przeciwnie), ponieważ nie odnosi się do tego, co jest odbiorcom edukacji bliskie i znajome. Koncentracja na samej chorobie i sprawność w rozpoznawaniu objawów chorób, bez postawienia na pierwszym planie samych chorujących, może ten dystans wręcz zwiększać (Dyga, Opoczyńska-Morasiewicz, 2015).

Do zaakceptowania innego świata niezbędna jest wyobraźnia, która może odpowiedzieć, że za tym, co widzialne i niezrozumiałe, kryje się chęć życia wspólna zdrowym i chorującym, a to, co uznajemy za objawy, jest odpowiedzią na aspekty rzeczywistości, których nie widzimy (Węgrzeczki, 1992). Tylko jedna z pracownic socjalnych próbowała dostrzec genezę choroby. Psychoedukacja mogłaby zatem zachęcać odbiorców, by poza tym, co można zaobserwować (zachowania nieadekwatne do „mojego” świata), próbowali domyślać się tego, co jest ukryte (okoliczności, które przyczyniły się do powstania choroby) (Bańbura, Opoczyńska-Morasiewicz, 2020). Cennym uzupełnieniem tak konstruowanych kompetencji mógłby być udział w treningach interpersonalnych i intrapsychicznych, zwiększających rozumienie źródeł własnych postaw, wewnętrznych schematów zachowań oraz motywów podejmowanych działań (Breska, 2018).

Jedną z najskuteczniejszych metod przeciwdziałania stygmatyzacji osób chorujących psychicznie może być poznanie historii ich życia. W związku z tym ważne jest, aby psychoedukacja dotycząca zdrowia psychicznego uwzględniała narracje na temat osób chorujących z odwoływaniem się do konkretnych, osobistych historii, a rzadziej – informacji dotyczących choroby. Być może kolejną inspiracją dla psychoedukacji okaże się wspieranie poszukiwania w pamięci konkretnych, znanych osób chorujących psychicznie (Corrigan i in., 2012; Hawke i in., 2014; Chang, 2008).

Najlepszym zatem rozwiązaniem jest oparcie kształcenia i doskonalenia zawodowego do pracy socjalnej na bezpośredniej, refleksyjnej pracy z klientami chorującymi psychicznie w połączeniu z możliwością superwizji. Dzięki praktyce ukierunkowanej na rozumienie i próbom nieoceniającej interpretacji zachowań osób chorych pracownicy mają możliwość uczenia się, jak pomagać klientom, jak rozpoznawać ich stygmatyzację i radzić sobie z nią, aby zmniejszyć jej potencjalne negatywne skutki (Mason, Miller, 2006).

Wyniki badań mogą okazać się przydatne dla superwizorów pracy socjalnej, którzy w swojej praktyce mogą uwzględniać kontekst ukazanej w prezentowanych badaniach stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Praca nad obawami w towarzystwie osobom chorym, identyfikowaniem doświadczanego przez rodzinę poczucia wstydu i rozumieniem tych fenomenów może sprzyjać większemu zaufaniu, minimalizowaniu barier komunikacyjnych oraz nasilać postawy otwartości i tolerancji wobec tej grupy klientów. Badane pracownice socjalne akcentowały działania innych specjalistów w procesie pomocy osobom chorym psychicznie, minimalizując własne możliwości wsparcia i pomocy. Podczas superwizji warto byłoby identyfikować oraz analizować role pracowników socjalnych pod kątem posiadanych przez nich zasobów i wzmacniać ich poczucie sprawczości w działaniach na rzecz osób chorujących psychicznie i ich rodzin. Zwłaszcza gdy pracownicy socjalni (tak, jak w Polsce) są przygotowywani do pracy z całymi rodzinami, a również w rodzinach osób chorujących zidentyfikowano wiele elementów stygmatyzacji.

Podsumowując, ocena problemów i aktualnych kwestii z zakresu systemu zdrowia psychicznego wskazuje na potencjalną centralną rolę pracy socjalnej w tym obszarze. Pojawia się problem odrzucania pomocy medycznej, w tym niechodzenie do lekarza, odmowa przyjmowania leków czy odmowa hospitalizacji. Pracownik socjalny może wówczas podjąć interwencję inicjującą wchodzenie pacjenta w pożądaną obszar pomocy środowiskowej (Podgórska-Jachnik, Pietras, 2014). Muszą jednak nastąpić zmiany w praktyce pracowników socjalnych zatrudnionych w systemie usług zdrowia psychicznego, jak również w ich kształceniu i szkoleniu zawodowym (Aviram, 2002).

BIBLIOGRAFIA

- Aviram, U. (2002). The Changing Role of the Social Worker in the Mental Health System. *Social Work in Health Care*, 35, 1–2, 617–634. https://doi.org/10.1300/J010v35n01_15
- Bańbura, A., Opoczyńska-Morasiewicz, M. (2020). Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie i jak jej przeciwdziałać – analiza wypowiedzi osób starszych. *Psychiatria Polska*, 54(4), 807–820. <https://doi.org/10.12740/PP/110061>
- Baumeister, R.F., Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–539.
- Breska, R. (2018). Nowe wymagania dotyczące kompetencji pedagoga resocjalizacyjnego w zakresie pracy psychokorekcyjnej z osobami uzależnionymi. *Colloquium*, 10(4), 21–36.
- Chang, C. (2008). Increasing mental health literacy via narrative advertising. *Journal of Health Communication*, 13(1), 37–55. <https://doi.org/10.1080/10810730701807027>
- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P.W., Rüsch, N. (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312–334. <https://doi.org/10.1080/10973430208408441>
- Crocker, J., Major, B., Steele, C. (1998). Social stigma. W: D.T. Gilbert, S.T. Fiske, G. Lindzey (red.), *The handbook of social psychology* (t. 2, wyd. 4, s. 505–553). New York, NY: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Czechowska-Bieluga, M. (2021). Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 43, 213–228.
- Dąbrowska, K., Wieczorek, Ł. (2021). Przekonania pacjentów i profesjonalistów o wpływie społecznej stygmatyzacji na podejmowanie leczenia z powodu zaburzeń związanych z hazardem. *Psychiatria Polska*, 55(1), 181–196. <https://doi.org/10.12740/PP/112402>
- Dyga, K., Opoczyńska-Morasiewicz, M. (2015). Znaczenie diagnozy dla tożsamości pacjenta. Część 1: Od zapoznania do rozpoznania. *Psychoterapia*, 3(174), 73–86.
- Evans, L., Delfabbro, P.H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking. *J. Gambl. Stud.*, 21(2), 133–155.
- Flick, U. (2010). *Projektowanie badania jakościowego*. Warszawa: WN PWN.
- Gerstmann, S. (1985). *Rozmowa i wywiad w psychologii*. Warszawa: PWN.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Guest, G., MacQueen, K., Namey, E. (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Hawke, L.D., Michalak, E.E., Maxwell, V., Parikh, S.V. (2014). Reducing stigma toward people with bipolar disorder: Impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 741–750. <https://doi.org/10.1177/0020764013513443>
- Insel, T.R., Charney, D.S. (2003). Research on major depression: Strategies and priorities. *JAMA*, 289(23), 3167–3168. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3167>
- Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 43(6), 655–670.
- Jarkiewicz, A.B. (2016). Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie. *Annales UMCS*, 24(1), 237–249.
- Kaszyński, H., Maciejewska, O. (2016). Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Rekomendacje dla kształcenia w „nowej” specjalizacji. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 21(4), 161–176. <https://doi.org/10.4467/24496138ZPS.16.010.6533>
- Krueger, F.H. (2001). Koncepcje i metody badań biograficznych w naukach o wychowaniu. W: D. Urbaniak-Zajac, J. Piekarski (red.), *Jakościowe orientacje w badaniach pedagogicznych. Studia i materiały*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Kyunghee, L. (2020). Social support and self-esteem on the association between stressful life events and mental health outcomes among college students. *Social Work in Health Care*, 59(6), 308–407. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1772443>
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualising stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Mason, S.E., Miller, R. (2006). Stigma and Schizophrenia: Directions in Student Training. *Journal of Teaching in Social Work*, 26(1–2), 73–91.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., Corrigan, P. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974–981. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>
- Pietkiewicz, I., Smith, J. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7–14. <https://doi.org/10.14691/CPJ.20.1.7>
- Podgórska-Jachnik, D., Pietras, T. (2014). *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Podogrodzka-Niell, M., Tyszkowska, M. (2014). Stygmatyzacja na drodze zdrowia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatria Polska*, 48(6), 1201–1211.
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Florez, J. i in. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9(3), 131–144. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x>
- Smith, J., Osborn, M. (2004). *Interpretative phenomenological analysis*. Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.

- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- Thornicroft, G., Rose, D., Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16, 53–59. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004481>
- Tyszkowska, M., Podogrodzka, M. (2013). Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym. *Psychiatria Polska*, 47(6), 1011–1022.
- Wasilewski, P., Stachelek, D. (2020). Stres i kształtowanie zasobów psychofizycznych w kontekście bezpieczeństwa personalnego w służbach mundurowych na przykładzie wojska. *Colloquium*, 12(2), 101–121.
- Węgrzecki, A. (1992). *O poznawaniu drugiego człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.
- Winkler, R., Salamaga, M. (2010). Przesłanki kształtowania komunikacji w organizacjach wielokulturowych w świetle badań empirycznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 820, 15–29.

SOCIAL WORKERS' OPINIONS ABOUT SOCIAL ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS AND POSSIBILITIES OF THEIR INTEGRATION WITH THE SOCIETY

ABSTRACT

Stigmatisation of people with mental disorders is one of the main obstacles to treating and supporting them. It can cause rejection, discrimination against and social exclusion of those people. The issue becomes particularly important when social care is provided to people with mental disorders who meet with this type of attitude of social workers. Subject-matter literature describes stigmatising attitudes towards people with mental disorders which leads to a conclusion that negative attitudes can also be found among professional helpers, even though their tertiary education courses have covered information about mental disorders and their treatment. Stigmatising attitude towards mental disorders adversely affects the quality of support and causes the beneficiaries' self-stigmatisation.

The aim of this paper is to discuss the ways in which people with mental disorders are perceived and to find out what social workers' opinions are regarding the possibilities of integration of those suffering from mental disorders.

The author also analyses the challenges faced by education for the provision of social care in the mental health care settings.

KEYWORDS: education, social work, stigmatisation, mental disorders